

## АТИПИЧНА ОДОНТАЛГИЈА ( ФАНТОМСКА ЗАБОБОЛКА)

Автор : Пом. асс. Д-р Јулија Заркова

Коавтори : Д-р Ана Радеска, Д-р Катерина Златановска

Универзитет "Гоце Делчев" - Штип, Факултет за Медицински науки- стоматологија

Болката во орофацијалната регија претставува најчестиот клинички симптом во стоматологијата. Нејзината точна дијагноза и менаџмент е предизвик за секој стоматолог со оглед на бројната етиологија и карактеристиките кои ги поседува. Пациентите со постојана и несоодветно дијагностицирана болка често подлежат на мултипли иреверзибилни стоматолошки интервенции кои најчесто завршуваат со неуспех, па дури и со влошување на симптомите.

**Атипичната одонталгија** или фантомската забоболка се дефинира како силна пулсирачка болка локализирана на забите и нивната околина, без присуство на никаква патологија и без радиографски промени на истите. Всушност станува збор за неуропатска, непрекината и постојана болка, со промени во интензитетот, која за време на спиење исчезнува. Причината поради која настанува може да биде идиопатска, психогена, неурогена или во најголем дел од случаите поради постоперативна деаференцијација на нервните завршетоци на тригеминалниот нерв, како на пример при ендодонтски третман, обработка на пародонтални џебови, екстаркција или апикотомија. Други фактори кои можат да доведат до предизвикување на атипичната одонталгија се постхерпетичните промени, тумори, трауми или исхемии во ЦНС итн.

Предоминантно се јавува кај жени во 40-тите години и тоа во 80 – 90% повеќе одколку кај мажите, во моларната или премоларната регија на горната вилица. Атипичната одонталгија се јавува кај околу 2.1% на 3000 во популацијата и притоа како најчеста причина од 3-5% во литературата е наведена ендодонтската терапија.



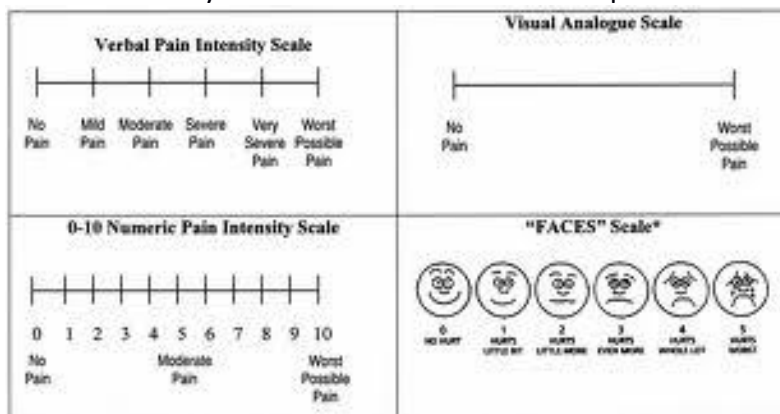
## Дијагноза

Меѓу дијагностичките критериуми кои најдобро ја опишуваат оваа болест се оние поставени од страна на Graff-Radford and Solberg во 1992. Тие се фокусирани на главните карактеристики на болката, локализацијата, времето кога се јавува и нејзиното траење, отсуството на други клинички знаци и патологија, како и неповлекувањето на болката после апликација на локална анестезија.

Скоро секогаш дијагнозата се базира врз **историјата на болката**. Таа според National Health and Medical Research Council треба да ги се вклучува следните информации:

- Условите во кои се јавила болката
- Примарната локација на болката и местото на ирадијација на болката
- Интензитетот на болката (во мирување, моменталната болка и во текот на претходната недела и нејзиното највисоко ниво)
- Фактори кои ја менуваат (оние кои ја влошуваат или подобруваат болката)
- Временски карактеристики (периодична, постојана, прекинувачка)
- Ефектот на болката врз дневните активности и врз спиењето
- Дејството на лековите за болка
- Други терапии употребени за справување со болката
- Начинот на кој пациентот ја опишува болката
- Неговите очекувања од терапијата
- Присуство на депресија, анксиозност или психиатриски заболувања.

Покрај соодветно земената историја на болката, потребно е болката да се измери соодветно со употреба на едноставни методи кои во себе вклучуваат само молив и лист како што е визуелно-аналогната скала за мерење на болката (VAS) (фигура бр. 1)



Постојат голем број на варијации на оваа аналогна скала. Компарациите на голем број од нив покажале дека градуираните линеарни скали означени како нумерички скала за проценка на болката (NRS) се многу поверодостојни од дескриптивно аналогните скали. Кога станува збор за опис на болката од страна на пациентот изборот на зборови кои ќе ги користи е многу важен за точно поставување на дијагнозата. За таа цел денес се користи прашалникот - McGill Pain Questionnaire (MPQ) или поточно индекс на болката. Тој се состои од 20 групи а зборови, од која секоја има по неколку (вкупно 78) кои опишуваат различни карактеристики на болка, што ја заокружува пациентот, вкупно 7 зборови. Исто така денес во употреба е и методот на дијагностицирање со давање на локална анестезија на местото каде што се локализира болката. Доколку станува збор за фантомска болка тогаш таа не престанува со давањето на блокадата.

## Диференцијална дијагноза

Со оглед дека најголем процент од забоболките кои се јавуваат кај пациентите имаат пулпално потекло, постојат неколку критериуми кои ја одделуваат атипичната одонтоалгија од пулпалната болка.(табела 1).

Атипична одонтоалгија	Пулпална болка
Болката е константна и непроменлива повеќе месеци или недели	Болката осцилира и има тенденција на влошување со тек на време
Локални провокации (ладно,топло,притисок) не влијаат на болката	Локалните провокации може да ја променат болката ( да ја влошат или подобрат)
Нема клинички или радиографски промени на забите или околината	Присутни се клинички и радиографски знаци на патологија (кариес ,фрактура итн.) на забите
Повторувачките стоматолошки интервенции не даваат резултати	Стоматолошките интервенции резултираат со успех
Болката не се смирува со локална анестезија	Локалната анестезија ја смирува болката

Диференцијално дијагностички овде се вклучуваат и тригеминалната невралгија и миофацијалната болка (табела 2 и 3).

Атипична одонтоалгија	Тригеминална невралгија
Болката е тапа и постојана	Болката е пароксизмална, унилатерална електрична, убодна ,повратна и зафаќа повеќе гранки од тригеминалниот нерв.
Се јавува почесто кај жени околу 40 години	Се јавува после 40 години од животот до пик во 60-тите
Нема присутни тригер зони	Присуство на тригер зони стимулирани од допир евоцираат болка
Симтомите обични се јавуваат постоперативно (ендодонција,екстаркција)	На болката не и претходи никаков третман

Атипична одонтоалгија	Миофацијална болка
Болката е локализирана на забите или околу нив	Болката ретко е локализирана на забите и обично ја зафаќа преаурикуларната и темпоралната регија, лицето и вратот
Движењата на мандибулата не ја менуваат болката	Движењата на мандибулата ја влошуваат болката
Нема тригер зони , а мускулната палпација не ја влошува болката	Тригер зоните мошат да ја влошат болката спонтано или при палпација

### Терапија/ менаџирање на болката

Терапијата кај атипичната одонтоалгија не се состои во спроведување на никакви стоматолошки третмани, туку главно е медикаментозна, како и кај другите невропатски состојби. При одредување на соодветните медикаменти треба да се земат во предвид неколку принципи:

- адекватна доза за постигнување на тераписки ефект
- титрација на дозата за да се минимизираат несаканите ефекти
- интеракција на лековите и
- другите заболувања кај пациентот кој би влијаеле на фармакокинетиката на лековите.

Оралната администрација на голем број лекови од групата на трициклични антидепресиви се покажала како најефикасна како и антиконвулзивните лекови. **Трицикличните антидепресиви** се прв избор на терапија за хроничната болка особено ако станува збор за психогена фантомска болка. Најчесто се користи Амитриптилинот сам или во комбинација со фенотиазин. Третманот започнува со ниска доза од 20мг првата недела потоа 50 мг и се титрира се додека не се постигне рамнотежа на болката и привикнувањето на пациентот на лековите, максимум до 75мг дневно. Антиконвулзивните лекови обично се употребуваат кога болката е остра и пароксизмална. Од нив најчесто употребувани се карбамазепин и натриум валпроат. Карбамезепинот се дозира со почетна доза од 100мг и постепено се зголемува се додека не се постигне терапевтскиот ефект максимум до 400мг дневно. Исто така направено е обид за лекување на болката со бензодиазепини, опоици како и со топицини агенси како што е капсаицинот.

## Референци:

1. Yoshihiro A., Hirofumi M., Itsuo C., Akira T. Current Evidence on Atypical Odontalgia: Diagnosis and Clinical Management. International journal of dentistry. 2012; 2012: 518548.
2. Koratkar H, Pedersen J Atypical odontalgia: a review. Northwest Dent. 2008 Jan-Feb;87(1):37-8, 62
3. Melis M, Secci S. Diagnosis and Treatment of Atypical Odontalgia: A Review of the Literature and
4. Two Case Reports. J Contemp Dent Pract 2007 March;(8)3:081-089.
5. Vickers ER, Cousins M. Neuropathic orofacial pain. Part 1: Prevalence . Australian Endodontic Journal 2000; 26: 19-26
6. Vickers ER, Cousins M. Neuropathic orofacial pain. Part 2: Diagnostic procedures, treatment guidelines and case reports. Australian Endodontic Journal 2000; 26: 53-63.